

武蔵野大学学術機関リポジトリ Musashino University Academic Institutional Repository

国内のPTSD 患者に対する認知処理療法の事例研究

著者	正木 智子, 堀越 勝, 小西 聖子
雑誌名	武蔵野大学人間科学研究所年報
号	4
ページ	95-109
発行年	2015-03-01
URL	http://id.nii.ac.jp/1419/00000403/

国内の PTSD 患者に対する認知処理療法の事例研究

Cognitive Processing Therapy for Japanese PTSD Patients: A Study of Case Series

正 木 智 子
MASAKI, Tomoko

堀 越 勝
HORIKOSHI, Masaru

小 西 聖 子
KONISHI, Takako

はじめに

心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder：以下 PTSD）は、災害や事故、犯罪被害などの危機的状況に遭遇した人に再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状を主症状として診断される疾患である（APA, 2000）。PTSD に罹患した人は症状そのものの苦痛に加え、症状の影響によって生活に深刻な支障をきたすこともあり、PTSD と休職率や自殺率の増加の関連が示されている（WHO, 2012）。

現在、PTSD に対する第一選択となる治療法は、薬物療法と共にトラウマに焦点を当てた認知行動療法である。国際トラウマティック・ストレス学会（Foa et al., 2009）や、英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005）、コクラン共同計画（Bisson, 2007）などの国際的ガイドラインも示されているが、具体的には、トラウマへの曝露を中心として構成される持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure Therapy：以下 PE）（Foa et al., 2005）と、認知再構成を中心として構成される認知処理療法（Cognitive Processing Therapy：以下 CPT）（Resick & Schincke, 1992）の有効性が示されている。

我が国における PTSD の治療には、薬物療法が一般的に使用されているが、PE が近年導入され、飛鳥井ら（2002）の効果研究によりその有効性が示された。一方、CPT は海外ではこの十数年で臨床研究の蓄積が進み、その効果が認められている（Benedek et al., 2009）が、国内での効果研究は発表されていない。PE がトラウマ体験への曝露を中心とした内容であるのに対し、CPT はトラウマ体験により生じた認知的側面の変化に焦点をあてた治療法である。特に PTSD 症状に伴う罪悪感の軽減への有効性が示されている（Resick et al., 2002）。また、DV の被害者が CPT により回復すると、その後の再被害を

予防できるという報告もある (Iverson et al., 2011)。個人のみならず、集団への施行が可能であることも特徴的で、幅広い層への実施が可能であり、(Chard et al., 1999) 現在、国内への導入が期待される治療法のひとつである。PTSD への CPT の国内での施行は歴史が浅く、個人療法、集団療法共に、筆者を含む研究チームにより試行的な臨床研究が進められている最中である。

本稿では、日本人の PTSD 患者に実施した CPT の二つの症例を示す。まずは、CPT プログラムの概要を示した上で、症例を元に CPT の国内への実施可能性と安全性を考察する。

CPT プログラム概要

CPT は、Patricia Resick らにより開発された PTSD の治療を目的とした認知行動療法であり、構造化された治療プログラムである (Resick & Schinicke, 1992)。個人および集団を対象として実施できる治療法であることが特徴である。個人療法は、週に 1 回約 60 分のセッションを 12 回連続で行う構成であり、必要に応じて 4 回程度の延長を可能としている。CPT のマニュアルには各セッションで取り上げる内容とセッション外での課題となる宿題が決められており、セラピストはマニュアルに準拠した内容を扱うこととなる (表 1)。

表 1. CPT プログラム内容

セッション	内容	宿題
1	導入と教育	出来事の意味
2	出来事の意味	ABC シート
3	考えや感情を捉える	ABC シート、トラウマ記録
4	トラウマティックな出来事を思い出す	ABC シート、トラウマ記録
5	スタックポイントを探る	考え直しのための質問シート
6	考え直しのための質問	よくない思考パターンシート
7	よくない思考パターン	考え直しシート (総合版)
8	安全に関する問題	考え直しシート (総合版)
9	信頼に関する問題	考え直しシート (総合版)
10	力／コントロールに関する問題	考え直しシート (総合版)
11	価値に関する問題	考え直しシート (総合版)
		出来事の意味
12	親密さに関する問題と出来事の意味	

表 1 に示すように、第 1 セッションでは、治療導入と心理教育のセッションであり、前半には PTSD 症状や CPT の理論的根拠が示される。第 2 セッションでは、トラウマが自分の人生にどのような影響を与えたのか、その意味合いを示す体験報告『出来事の意味 (Impact Statement)』の宿題の振り返りが中心となる。トラウマ体験により影響を受け

た信念に注目し、回復過程を妨げ、患者を行き詰まらせる考えを“スタックポイント (Stuck Point)”として同定を始める。『自分がいけなかった』や『世の中は危険だ』『この先、生きていてもいいことはない』等がスタックポイントの一例であるが、CPTでは、スタックポイントの中でも、特に自責感を扱うことが提唱されている。第3セッションでは、出来事と認知、感情のつながりを認識する『ABCシート (ABC worksheet)』を扱う。

第4、第5セッションでは、トラウマ体験の出来事の詳細を筆記した『トラウマ記録』をセッション中に読みあげてもらう。これにより、トラウマの出来事と行き詰っている認知の関連が可視化されるため、患者がスタックポイントの影響に気づく上で効果的な手法である。特に、回避や解離傾向の強い患者にはより効果的であることが示されている。

第6、第7セッションでは、『考え直しシート (Challenging Questions Worksheet)』『よくない思考パターンシート (Patterns of Problematic Thinking Worksheet)』を用いて、これまでに同定されたスタックポイントの認知再構成の取り組み方について扱われる。第8から第12セッションにあたる最後の5回のセッションでは、PTSDの患者の認知の変容を引き起こしやすいとされる五つのテーマ（安全、信頼、力とコントロール、価値、親密さ）を示し、これまでに学んだ認知再構成を応用して取り組む。CPTは、これら全12回のセッションを通し、認知再構成のプロセスを促し、PTSD症状の改善を導く構成となっている。

症例提示

以下に提示する二つの症例は、医療機関受診時に精神科医師から PTSD と診断された患者が、CPT の紹介を受け導入に至った2例である。患者は、紹介を受けた後に、担当の臨床心理士と書面による所定の手続きを行い、匿名性を考慮した上での論文による発表がなされることについて同意を得ている。本稿では、プライバシーの観点から、個人が特定されないよう配慮し一部変更を加える。治療介入の内容については、CPT の根幹であるスタックポイントを下線で示し焦点を当てながら、事例の特徴を示す。なお、文中に示すパーセント表示は、CPT で扱う感情の強度を、最も高い 100% から最も低い 0% として示したものである。事例毎の結果を示した後に、2 事例を通しての考察を示すこととする。

方法

CPT 実施にあたり、評価尺度とそのスケジュールを設定した。評価は、CPT 開始前の事前評価 (-2±2 週)、中間評価 (第7セッション終了時; 7-11 週)、CPT 終了後に 1-2 週 (13-21 週) と 6 か月後の 2 回行う。主要評価である PTSD 症状の重症度の評価には、日本版 Clinical Administered Scale for PTSD (以下、CAPS) を使用した。副次評価として、外傷後認知の評価には、日本版 Post Traumatic Cognitive Inventory (以下、JPTCI) を使用した。その他に、CPT 実施上の安全性を高めるために、自記式調査紙を使用し、自覚的 PTSD 症状の重症度に Impact of Event Scale-Revised (以下、IES-R) を使用、解離症状に Dissociative Experiences Scale (以下、DES) を使用、自覚的うつ症状の重症度に Beck Depression Inventory- II (以下、BDI-II) を使用、自覚的不安症状の重症度と機能障害に Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (以下、OASIS) を使用した。更に、有害事象の発生について、CPT のセッションごとに評価した。なお、CPT

実施前に、患者背景情報として、年齢、性別、教育歴、家族歴、既往歴、治療歴、罹患期間、就業状況を確認した。

【症例1：A子】

A子は、20代前半の大学在学中の女性である。地方で4人家族の第2子として育ち、大学進学を機に上京後親戚宅に居住し、CPTの紹介時には大学生であった。中学時代に異性の友人から性的強要をせまられ、複数回にわたり強制わいせつ被害にあっている。大学生となり短期の海外留学中に知人男性から複数回にわたる強姦被害にあい、その後心身の不調をきたした。帰国後、A子の不調に気が付いた母親が関係機関に相談し、精神科受診の結果、医師からPTSDの診断を受け、CPTの導入に至った。

事前評価

A子によると、中学時代の強制わいせつ被害の後に、重要な局面の想起不能などの解離症状が出現しているが、その症状は時間とともに軽減し、日常生活上の支障はなかったという。しかし、大学時代の強姦被害によりトラウマ症状が再燃し、恐怖心から単独での外出が困難であることなど、支障をきたすようになった。表2に示す通り、CAPSによるPTSD診断を行った結果、大学時代の強姦被害体験による再体験、回避、覚醒亢進の全ての基準を満たしていた。また、JPTCIの結果、下位尺度にあたる全3項目（自己に関する否定的な認知、トラウマに関する自責の念、社会に関する否定的な認知）ともに、PTSD対象群の数値を上回る結果を示した。その他の自記式尺度により、解離症状やうつ症状の他に、強い不安を感じている状態が確認できた。治療に専念する時間的余裕のある時期であることが助けとなり、A子は治療に取り組みたいという前向きな姿勢を見せていた。

表2. 症例1の治療介入前後得点

評価尺度	事前評価 (pre)	事後評価 (post1)	6か月後 (post2)
CAPS 合計	74 (頻度 39/強度 35)	77 (頻度 41/強度 36)	20 (頻度 11/強度 10)
CAPS 再体験	20 (頻度 8/強度 12)	23 (頻度 12/強度 11)	12 (頻度 7/強度 5)
CAPS 回避	36 (頻度 22/強度 14)	31 (頻度 17/強度 14)	8 (頻度 3/強度 5)
CAP 過覚醒	18 (頻度 9/強度 9)	23 (頻度 12/強度 11)	0 (頻度 0/強度 0)
JPTCI 合計	200	137	91
I 自己への否定的認知	6.24	4.10	2.33
II トラウマに関する自責の念	6.80	4.40	3.20
III 社会への否定的認知	5.00	4.14	3.71
IES-R	73	36	16
BDI-II	36	19	1
DES	42.5	21.8	13.2
OASIS	13	10	0

治療介入

第1セッションでは、心理教育の内容について淡々とセラピストの説明をきく姿勢を示していた。時折笑顔でうなづき、セラピストの質問にもまじめに答えるが、特に自ら質問することはなく「わかりました。大丈夫です」と答えた。表面的には理解できているが、実感はない様子であった。

第2セッションでは、近所のコンビニでアルバイトを始めたことを語り、男性の客やスタッフが不機嫌な様子だと恐怖を感じるとの内容が示された。『出来事の意味（Impact Statement）』の宿題には、大学時代の被害について記述し、『相手は、自分が誰でもどこにいるのかも分からなくなって気絶した自分を助けてくれたから、要求されることを断ってはいけないと思った。男性は怒らせると怖い。最初から抵抗しなかった自分の責任だ。』などのスタックポイントが確認できた。A子は、CPT開始以来中学時代の被害のことを思い出すことが増えたため、それについても書いてきた方がよいかと質問し、積極的に治療に取り組む姿勢をみせた。複数のトラウマ全てについて記述する必要はないものの、ここではA子の意思を取り入れ通常の宿題となるABCシートとともに『出来事の意味』を加える形で対応した。

第3セッションでは、中学時代の被害以来のA子の否定的な認知傾向が確認できた。『悪いことがあるとだいたい自分のせいだ。嫌なことがあっても、嫌だと思っていることを表に出さず、我慢しなければならない。自分より立場が上の人に反抗してはいけない。自分さえ我慢すれば何とかなる。自分は大事ではないし、自分の身体が大事だと思わない。自分は役に立たない人間で迷惑ばかりかける。相手はいつも自分に我慢してくれているから自分も我慢して相手の喜ぶことをするのは当然だ。自分の気持ちに関係なく、相手が喜ぶことをしなくてははいけない。抵抗すればもっとつらいことがおきるだろう。』などの数多くのスタックポイントにより、A子のトラウマ症状が長引いている様子が顕著に示されていた。また、ABCシートでは、大学時代の加害者の所属企業の名前がメディアにあがる場面で、『また同じようなこと（被害体験）が起きるのではないか』と考え、恐怖心や混乱が強まり、その後のことは思い出せないという解離的症状にいきつくパターンなどが確認できた。

第4セッションでは、大学時代の被害の詳細についての記述を読み、「こんなにつらかったんだな。なんで忘れていたんだろう。やっぱり自分に起きたことなんだ。自分がかわいそう。」など、自分の中では出来事をなかったこととして解離してきたことを俯瞰し、自分自身同情する目線を持つ様子もみせた。また、「最近、忘れていたのに嫌なことばかり思い出して辛い。この先も自分の人生にいいことはないように思う。」との心痛を語ったため、PTSDの治療中に想定される反応についてノーマライズを行い、A子の安心感を高めるように対応した。

第5セッションでは、中学時代の被害体験に続く二次的被害内容が示されていた。A子は被害のことで悩んでおり、母親に相談したが『そんな風に育てた覚えはない』と言われ、数日間口をきいてもらえず辛かったという。『助けてもらえと思ったのに違った。やっぱり私が悪いんだ。自分のせいだから何が起きても仕方ない。自分が責められるだけ。言っちゃいけないんだ。もう誰も助けてくれる人がいない。私のせいだ。やっぱり私が悪いんだ。』などの記述がみられた。続いて、『夜空を見ていたら死にたい気持ちになった。』

これ以上辛いことがあれば死ねばいいだけだし、どっちにしてももう死にたい。私はいつまでも苦しまなきゃいけない。』と自罰的な認知の記述があった。続いて、『黙って大人しくし言うことをきいていれば安全なんだ。私は何も考えず機嫌さえ損ねなければいい。性的なことをすれば私は役にたてる。』などの記述が続いた。

A子は記述を読み、当時辛かったことを思い、今は母親もわかってくれようと努力し関係は回復していること肯定的に受け止めていることを語った。ABCシートでは、私はダメな人間。私は自分を守れない。などの自分への信頼・価値・コントロールのテーマとみられるストックポイントの記述が確認された。

第6セッション、第7セッションのストックポイントを考え直すプロセスでは、「私は自分を守れないダメな人間だ」「自分より立場が上の人の言動はいつも正しい、間違っていると思う自分が間違っている」などのストックポイントを振り返り、理不尽なことに対し自分を納得させるために、無理な考え方する癖ができてきたのかもしれない、との気づきがあった。終盤で、最近自分の思ったことが言えるようになってきた。「自分のことを人に話したら責められるとはあまり思わなくなってきた」と語り、A子の認知変容が進んでいる様子うかがえた。

第8セッション、第9セッションでは、職場の人が不機嫌になった場面での私が悪いことをしたから怒っているんだという他者への信頼のテーマに関するストックポイントに対し、「本人が腹痛を訴えていたことが原因かもしれない、急に理由なく怒り出すような人ではない」という事実に基づいた新しい考えを導く記述であった。結果として不安感情の強度が80%から40%に軽減したことを喜ぶ様子も見受けられた。他にも、異性の知り合いと食事に行く場面でのまた同じような被害にあうに違いないという安全のテーマに関するストックポイントに対し、「以前とは全く違う人だし、必ず同じことがあるとは限らない。何かあっても私は逃げられる」という新しい考えに至り、恐怖心は90%から20%に軽減した内容であった。

第9セッションの後に、遠距離恋愛中の交際相手のいる海外に旅行したことや、祝日が続いたため、4週間後に第10セッションを迎えた。A子は、旅行中毎日続けた考え直しシートによる宿題を持参した。旅行中の環境が、大学時代の被害体験の環境と似ていることから、渡航中に調子を崩し、被害時の環境と似ている何らかのきっかけがあると意識が遠のくこともあったことを語った。しかし、「以前のように、何かあると全部忘れるのは良くないと思うようになり、自分なりに反応している場面を宿題に記録して振り返るようにすることが必要だと思った」と回避せず直面化する姿勢がみられた。また、記録内容にも変化がみられた。以前に比べ、怒りの感情を感じ取れる場面が増えたことである。事実関係からすると理不尽なことへの自然な怒りの反応とみられたが、A子はこれまで怒りを他者に向かわせることはほとんどなく、自分を責める傾向が強かったため、他者に怒りを覚えることに対し不思議な感じだと語った。

第11セッションでは、自宅に一人で過ごす場面で、結局自分は一人ぼっちで誰にも理解されないし、誰にも助けてもらえないという安全・信頼・価値のテーマに関するストックポイントに対し、全部を周りの人全員にわかってもらうことは無理でも、部分的にサポートしてくれる人はいる。実際に今までに助けてくれた人がいた、という新しい考えに至り、悲しみの感情が100%から30%、絶望80%から0%、憎しみは60%から0%へと変化を

みせた。

最終セッションでは、宿題の『出来事の意味』の記述を振り返った。A 子は、『自分は悪くなかったのかもしれないと思えるようになったが、以前よりも細かいことを思い出し続けている中で、本当はこうできていたんじゃないか、こうすべきだったんじゃないかと自分に裏切られたような気分になることもある。思い出すことが怖い、その反面、何があったのか全部知りたいし、全部わかった上で自分は悪くなかったことをはっきりさせたい』と記述した。プログラム全体の感想として、「ぼんやりしてわからなくなる解離症状はかなり少なくなった。自分がどこで反応しているのか気づけるようになったし、少し冷静に考えると極端になっていることに気づけるようになった。」「以前よりも今の自分が何をしているのかということがはっきりわかるようになって良かった。以前は何でも自分が悪いと思っていたが、今は考えられるようになり、いつも自分が悪いわけではないことがわかるようになった。」「自分で自分を守れるかどうかは、その場面による。本当に加害者にまたあってしまうと怖い、自分に起きたことから逃げずに受け止めていきたい」と語り、終了した。

結果

A 子の CPT 治療前から治療後のフォローアップまでの自記式心理尺度の結果の推移を図 1 に示した。IES-R、BDI-II、OASIS の数値は、共に第 4 セッションで増加し、その後第 6 セッションで急激に減少し、第 9 セッション、事後評価 1 回目の時点で少し増加をみせ、事後評価 2 回目には最も低値を示した。DES 評価は、A 子の治療においては事前事後評価のみであるため、線形を示しているが、緩やかな下降を示す数値の減少が確認できた。

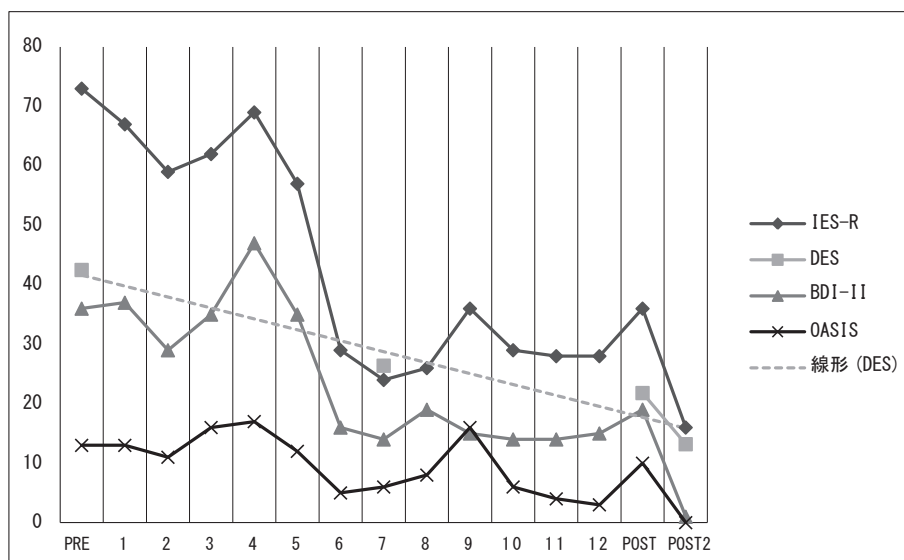


図 1. 症例 1 の CPT 各セッションの心理尺度推移

外傷後認知については、自己への否定的認知においては、PTSD 群の平均を上回る高値から段階的に減少し、6 か月後の評価において PTSD 群と Non Trauma 群の中間域の数値

を示した。トラウマに関する自責の念は、下位尺度中最高値を示し PTSD 群を大幅に上回っていたが、6 か月後の評価において PTSD 群付近まで減少した。社会への否定的認知は、PTSD 群と同等の数値からやや減少し、Non Trauma 群との中間域を示した（図 2 参照）。

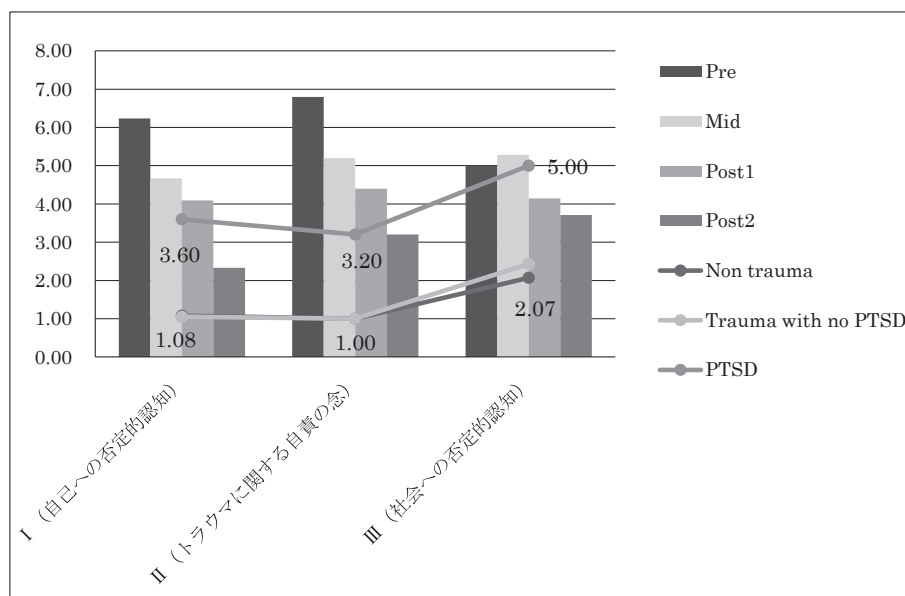


図 2. 症例 1 の JPTCI(外傷後認知) 下位尺度毎の得点推移

CAPS 評価は、終了直後の評価において、回避・感情麻痺症状のみやや減少し、その他の数値は全て事前評価を超える数値を示し、PTSD の基準を満たす判定となった。しかし、6 か月後の評価においてはいずれの項目においても PTSD の基準を満たさない結果となった（図 3 参照）。

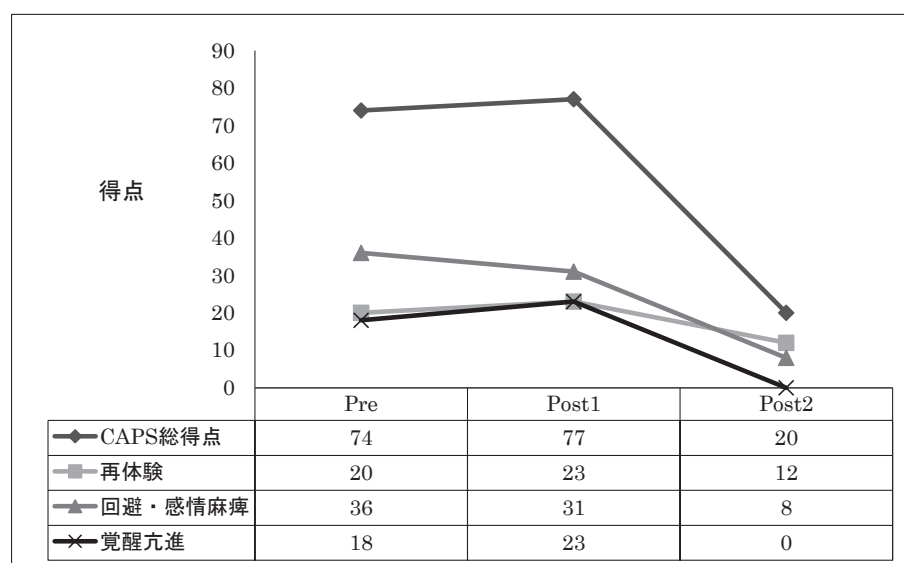


図 3. 症例 1 の CAPS 総得点及び下位尺度の得点推移

【症例 2：B 子】

B 子は、20 代後半のフルタイム勤務の女性である。4 人家族の第 2 子として育つ。父親は大学時代に病死している。大学進学を機に上京し一人暮らしを始め、現在も単身で暮らしている。B 子の被害内容は、以下の通りである。今年の社員旅行の際に、仕事の関係者から強姦被害にあった。翌日から身体の不調を感じたために上司に相談したが、「社員旅行を台無しにしたのは B 子のせいだ」などと、長時間叱責されるなどの二次被害にあった。その翌日、社員旅行を切り上げ自宅まで戻ったが、心身の強い不調を自覚し、精神科受診に至った。被害後間もない時期であることから、当初は急性ストレス障害（ASD）と診断され、その後 PTSD と診断された。精神科での通常の治療として、薬物療法や精神療法を受ける中、症状の一定の改善がみられたが、被害後約半年が経過した頃にも PTSD の症状が続いたため、医師から CPT の紹介を受けた。この段階で、B 子は被害当時の職場を去り、すでに新しい職場での仕事を始めていた。

事前評価

CAPS 評価により、B 子のトラウマ体験として、加害者からの性暴力被害とその翌日に被害にあったことへの上司からの叱責等の二次被害が含まれた一連の出来事が選択された。CAPS 評価は、表 3 の通り、再体験、回避、覚醒亢進の全ての基準を満たしていた。また、JPTCI の結果、全 3 項目（自己に関する否定的な認知、トラウマに関する自責の念、社会に関する否定的な認知）ともに、PTSD 群の数値を上回る結果を示していた。

表 3. 症例 2 の治療介入前後得点

評価尺度	事前評価 (pre)	事後評価 (post1)
CAPS 合計	73 (頻度 40/強度 33)	13 (頻度 8/強度 5)
CAPS 再体験	25 (頻度 10/強度 15)	5 (頻度 3/強度 2)
CAPS 回避	29 (頻度 18/強度 11)	2 (頻度 1/強度 1)
CAP 過覚醒	19 (頻度 12/強度 7)	6 (頻度 4/強度 2)
JPTCI 合計	149	76
I 自己への否定的認知	4.05	1.62
II トラウマに関する自責の念	3.80	1.80
III 社会への否定的認知	6.43	4.71
IES-R	48	13
BDI-II	17	5
DES	1.4	0.7
OASIS	8	0

B 子は、精神科受診により被害直後の状態から回復でき、その結果再就職できたことを喜ぶ一方で、職場環境がきっかけとなり再燃するフラッシュバックなどの症状を改善したいという意思で、多忙に職をこなしながらも治療や宿題に取り組む意欲を示した。B 子に解離や抑うつ傾向はみられなかったが、やや不安を示す数値が現れていた。

治療介入

B子は、第1セッションでの心理教育の内容に理解を示したが、男性への恐怖心や不信任感など自身のトラウマ症状が治療プログラムによって改善できることについては、懐疑的であった。しかし、セラピストには協力的な姿勢を見せ、宿題もできる限り取り組みたいと語った。第2セッションでは、最初の宿題である『出来事の意味』を持参した。被害内容を時系列に沿って記録される中、『この時点で逃げていれば、今回のような被害にあうことにはならなかった。逃げなかった私が悪い。同僚に迷惑をかけて申し訳ない。』など、トラウマの出来事に関連する自責的認知や自責感情や罪悪感の強さが顕著に見られた。その他に、『逃げたら殺されるのではないかとこの恐怖心があった。似ている人がいると冷や汗がでる』などの男性への恐怖心や、『今でも怒られる（叱られる）ことに強い恐怖があり、仕事に支障がでてしまう。ミスをすると挙動不審になる自分はダメだ。自分の過去を今の会社に知られたらどうなってしまおうだろうという恐れがある。』など、職場（社会）への恐怖心が顕著に認められた。第3セッションで持参したABCシートでも、『自分はダメな人間である。自分のことをコントロールできない。自分は空気の読めない人間だ。』などのスタックポイントが目立った。そこに自責感、羞恥心などの否定的感情と、結果として思い通りの行動がとれず、その場で動けず固まってしまうなどの行動面も特徴的であった。

B子は、第4セッションの際、宿題であるトラウマ記録を持参したが、分量はA4用紙の半ページに至らない程度であった。「仕事も忙しく、なかなか取り組めず、このくらいしか書けなかった。すみません。」とのコメントであった。分量は少ないが、出来事の際にB子が体験したであろう感覚的な記述があり、B子がこの課題に取り組もうと試みた様子がうかがえた。トラウマ体験時の生々しいにおい、相手の声などの音、肌の感覚などの身体感覚など、紙面上には自由を奪われた自身の姿がありありと示されていた。感情を込めて内容を読み上げたB子に対し、セラピストはその取り組みを評価した。また、書けなかった内容についてセッション中に語ってもらい、スタックポイントの同定につながるよう、ソクラテス式問答を用いプロセスを進めた。

B子は、第5セッションでは、手書きでA4用紙1ページに隙間なく記述されたトラウマ記録を持参した。その後、B子は緊張した様子で読み上げたが、前セッションに比べ動揺する様子が軽減している印象であった。『飲みすぎた。今でもお酒を飲んでしまう自分がいやだ』などと、飲酒に関連した自責感が強いことがわかった。しかし、読み終えた後の振り返りでは、「職場で飲むような席では、場の雰囲気もあり断ることはできなかった」また、「常に被害にあうことを考え、飲まないようにすることも難しい」という出来事全体を振り返ることができる様子をみせた。

第6セッションでは、自分をコントロールできない、というスタックポイントを中心に、考え直しを行った。飲酒中に被害にあったことで自分を責めていたが、その場ではある程度飲まないといけない状態で周囲に合わせていたため、自ら楽しんで飲んでいただけでもなかった事実があり、理不尽に自分を責めているという認識が深まった様子であった。B子は、思い込むと出来事の一部に焦点をあててしまい、全体像を観察できていない自分に気づく様子もみられ、認知再構成のプロセスが進んでいた。第7セッションでは、「昨日知り合いの男女で飲食をしたが少し酔ってしまい、相手の男性から変に思われたかもしれ

ない」とコメントし、気持ちが沈んでいる様子をみせた。よくない思考パターンとして、『自分をコントロールできない。常に悪いことが起きるはず。女性としての価値が自分にはない。こんな自分を信用できない。』などがあげられ、落ち込む様子を見せた。

第8セッションから5つのテーマを取り上げる中で、B子には、自分は人の気持ちを考えて行動できないコントロールのできない人間だ、などのコントロールのテーマや、私は必要とされていない人間だ、ダメな人間だ、などの価値のテーマ、人から嫌な人だと思われるだろうなどの信頼のテーマが、特徴的であった。最後の5セッションでは、これらのスタックポイントへの認知再構成を自ら取り組んだ。その結果、「ダメなところもあるけれど、できていることもたくさんある。ダメなところがない人間はいない」、「失敗があっても、次から頑張ればいい」や、「理不尽なことをいう人とはうまくいかなくてもやむを得ない」など、柔軟な物の見方ができるようになった。また、新しい考えに至るまでの時間も早くなっていることが認められた。

最終セッションにおける CPT のプログラム全体への振り返りを行う中、B子は「当時の被害体験を思い出すことはなくなり、仕事に集中できるようになった。」「職場では緊張する場面もあるが、以前ほどは人目が気になることもなくなり、順調に勤務できている。」「被害以前と比べても、今のほうが広い視野で考えられるようになり、トラウマ以外の生活全般において、気楽に生きられるようになって良かった」と感想を述べ終了した。

結果

本稿発表時に、B子の6か月評価の時期に至らないため、事後評価は実施済みの1回の評価のみを示す（表3参照）。B子のCPTセッション毎の自記式心理尺度の結果の推移を図4に示した。IES-Rの数値は、ほぼ変化がみられず第5セッションまで進み、第6セッションで減少、第7セッションでやや増加を経て、第8セッションから減少傾向をみせ、事後評価で最低値を示した。BDI-IIの数値は、第4セッションで増加し、その後第9セッションから減少し、事後評価で最低値示した。OASISによる不安症状は、第3で最高値

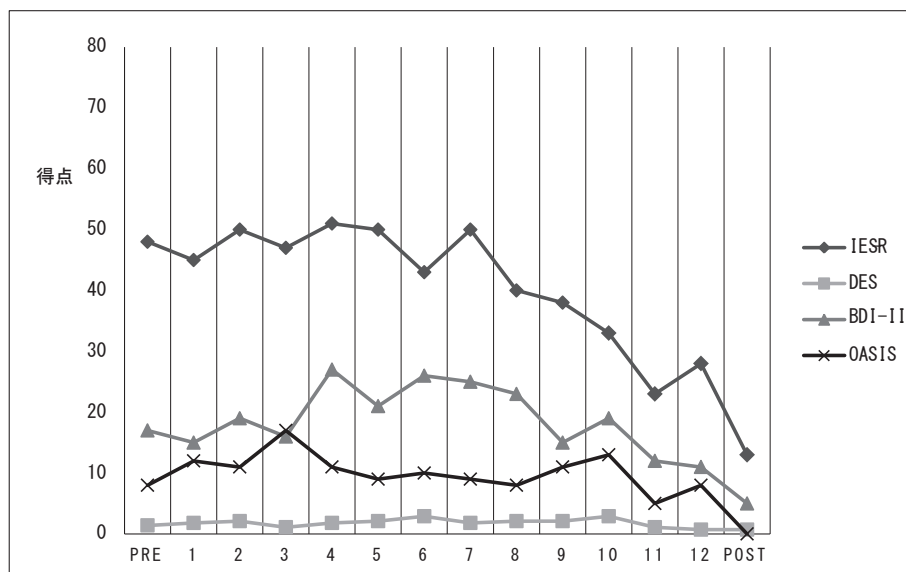


図4. 症例2の IES-R、DES、BDI-II、OASIS 得点推移

を示し、その後は他の尺度同様に、第10、12セッションでやや増加傾向をみせ、事後評価で最低値を示した。

外傷後認知については、自己への否定的認知においては、PTSD群と同等の数値から中間評価ではほぼ同値を示し、6か月後の評価においてNon Trauma群に近い域値を示した。トラウマに関する自責の念は、PTSD群の付近から中間評価では増加傾向をみせ、事後評価ではPTSD群とNon Trauma群の中間域の数値を示した(図5参照)。社会への否定的認知は、PTSD群より上回る数値を示していたが、事後評価の時点ではPTSD群と同等の数値まで減少する結果となった。CAPS評価は、事後評価においてはいずれの項目においてもPTSDの基準を満たさない結果に至った(図6参照)。

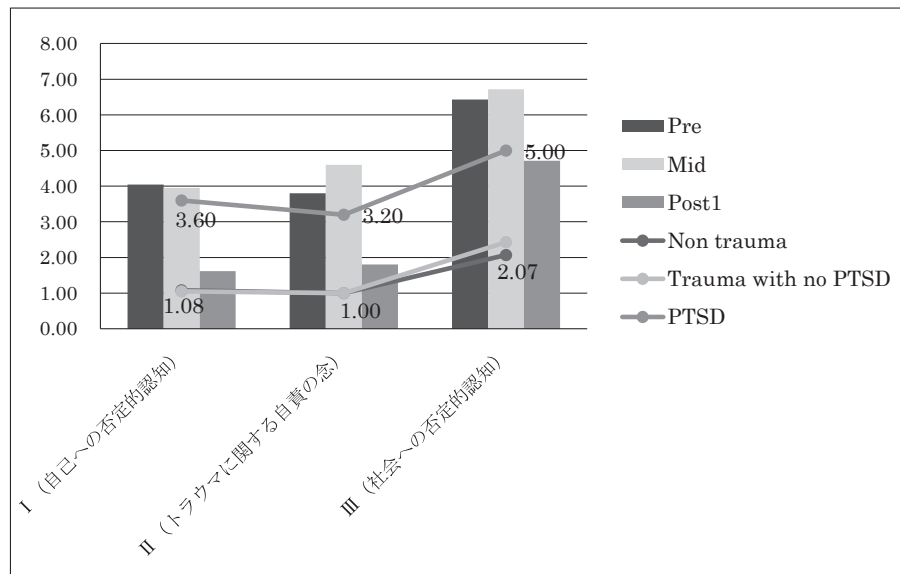


図5. 症例2のJPTCI(外傷後認知)下位尺度毎の得点推移

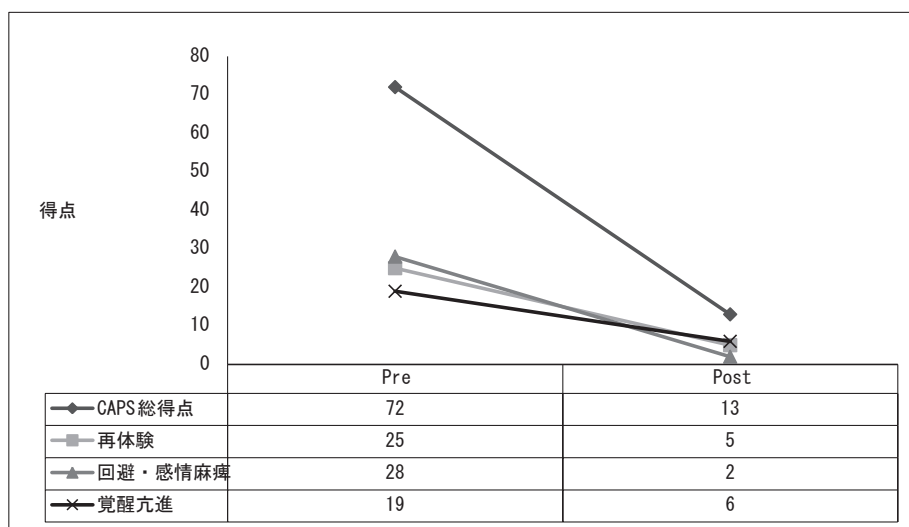


図6. 症例2のCAPS 総得点及び下位尺度の得点推移

考察

上記の二つの症例を通し、CPT の実施可能性、安全性について考察する。まず、2 事例の主な共通項は、次の 6 点である。1) 女性、2) 20 代、3) 4 年生大学卒業（A 子は卒業直前の時期であった）の教育水準、4) 家族内に葛藤関係や困難があること、5) 精神科既往歴があり、心理療法の経験があること、6) 被害体験は性的暴力によることである。異なる点は、次の 3 点である。1) 性暴力被害体験の時期、回数、期間；A 子は、思春期に身近な異性から複数回にわたり強制わいせつの被害にあい、その後大学生になり別の知人男性から複数回の強姦被害にあっている。B 子は、社会人であり、ほとんど関係のない人物から被った単回の被害体験である、2) 解離、抑うつ、不安傾向；特に A 子が強い解離症状を示す一方で、B 子には解離の傾向はなかった。3) 社会活動の程度；A 子が学生として時間的な余裕がある一方で、B 子は新しい職を多忙にこなしていた。

このように、両症例には共通点もあるが、異なる点が多々あり、治療介入においてそれぞれ異なる症状に留意しながら慎重に治療介入する必要があった。主に A 子は、解離傾向を意識し、B 子には多忙な社会活動や人間関係で生じる出来事の影響を意識して、治療介入した。CPT 終了時の A 子の CAPS 評価は、期待したほどの PTSD 症状の減少は見られなかったが、これは解離症状の減少に伴い、自分の PTSD 症状に気づけるように回復した変化ではないかと思われた。実際 A 子も、結果について「以前はよくわからず答えていた。もっとひどかったと思う。」など、セラピストのもつ印象と同様の感想を述べていた。CPT 終了 6 か月後評価では、PTSD の基準に満たない結果に満足し、自分の変化を今後の進路にいかしたいと語った。

CPT で扱う認知再構成の手法は、12 回のプログラム終了後も順化することが指摘されている。つまり、プログラム終了後もプログラムで扱った内容が日常生活に取り入れられ、よりバランスのとれた考え方を取り入れやすくなる。実際に、A 子のデータから、プログラム終了から 6 か月後の間に、認知再構成が進み、症状の軽減に及んだことが示唆される。

また、両症例で特徴的であった被害に対する罪悪感、プログラム終了時には大幅に軽減されていた。CPT では罪悪感などの二次的感情が PTSD の症状の長期化に影響を及ぼすことが示されている。本症例でも罪悪感の軽減が PTSD の症状の軽減に影響することが示唆された。

B 子は、前半での加害者への恐怖心は徐々に減り、後半は職場の人間関係を中心に語るようになっていた。職場で何かがあると一時的に抑うつ感や不安感が強まるようであったが、A 子のようにトラウマ治療のみの生活ではないため、ごく自然なことと考えられた。しかし、大きく調子をくずさず、治療を継続した。

本研究は、安全性を高めるため、医師との連携体制を構築した上、CPT を熟知した経験者の指導を受け、心理士が実施した。具体的には、心理士は心理相談室で約 60 分のセッションを合計 12 回施行したが、その間必要があればいつでも医師や指導者に相談できる環境を整えた。しかし、本研究の患者らには心理士が医師に即座に相談を要する事態は生じなかった。実際、患者らは治療介入中に一時的なトラウマ反応や体調不良などは示したが、プログラムを中断するような致命的な影響には至らなかった。すなわち、今回の症例研究の結果から、国内の PTSD 患者への CPT の安全性が示唆された。更に、本研究は

CPT 初学者である筆者が、CPT の経験の浅い時期に施行した症例を提示している。すなわち、安全性を高める工夫や CPT 経験者の指導を受ければ、比較的短時間で心理士が心理相談室で施行できる実施可能性が示唆された。また、現在までの患者らの事後評価は PTSD の基準を満たさなかったため、PTSD への CPT の治療効果が示唆された。

本研究結果は、心理士が CPT を国内の PTSD 患者に安全に施行する実現可能性を支持する内容ではあるが、以下の限界性を念頭に解釈する必要がある。まずは、本研究で示した事例は 2 事例であり非常に限られた情報量であることが挙げられる。次に、実施時期に満たない理由により、症例 2 の事後評価は CPT 終了直後の結果のみのデータである。すなわち、症例 2 においてプログラム終了直後の認知の変容がその後も持続できているかについては不明である。比較的新しい治療法に取り組むことは、努力や忍耐を要する。一方で、このような取り組みは新しい可能性を見出すプロセスであり、やりがいのある作業と言える。CPT の国内における臨床研究は初期の段階であり、有効性を示す報告はこれまでにない。今後も国内の臨床研究が進展することが望まれる。

付記

本研究で検討した事例の一部は、文部科学省科学研究費助成事業における、基盤研究（B）「心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の効果検証と治療メカニズムの解明（研究代表者：堀越勝）」の研究費によって行われている。

文献

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., et al. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*, 190(3), 175-182.
- Benedek, D. M., Friedman, M.J., Zatzick, D., Ursano, R.J. (2009). *Guideline watch(March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*: America Psychiatric Association.
- Bisson J.A.M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Chard, K.M., Resick, P.A., & Wertz, J.J. (1999). Group treatment of sexual assault survivors. In B.H. Young & D.D. Blake (Eds.), *Group treatments for post-traumatic stress disorders: conceptualization, themes, and process* (pp.35-50). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., Cohen, J.A. (Ed.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guideline from the International Society for Traumatic Stress Studies, Second Edition*: Guilford Press.
- Iverson, K.M., Gradus, J.L., Resick, P.A., Suvak, M.K., Smith, K.F., & Monson, C.M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 79(2), Apr 2011, 193-202

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London/Leicester: Gaslell and British Psychological society.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756.
- Wrold Health Organization. (2012). *Sexual violence-Understanding and addressing violence against women*. World Health Organization.